

岡山プライマリ・ケア学会（平成 22 年度）
第 4 回 地域連携パス岡山 ワークショップ
報告書（通算 第 7 回）

日 時：平成 23 年 2 月 11 日（金・祝）13:30～16:00
場 所：三光荘 アトリウムホール



主催：岡山プライマリ・ケア学会
共催：岡山県医師会プライマリ・ケア部会

平成 22 年度

第 4 回 地域連携パス岡山 ワークショップ

テーマ：地域連携パスの普及・活用・課題

日 時：平成 23 年 2 月 11 日（金・祝）13:30～16:00

場 所：三光荘 アトリウムホール

13：30 開会挨拶

13：35～ 基調講演

在宅・施設と医療機関を結ぶ地域連携パス

～香川シームレスケア研究会の活動を中心に～

香川県・綾川町国民健康保険陶病院院長

香川県介護支援専門員協議会会長 大原昌樹

14：25～ 活動報告

1 「モモ脳ネット地域連携パス在宅版」

ケアプランサービスほのぼの 丸田康代

2 「連携シート むすびの和」

岡山訪問看護ステーション看護協会 菅崎仁美

15：30～ ワークショップ(4 グループ)

「地域連携パスの普及・活動・課題」

開会挨拶

岡山プライマリ・ケア学会研修委員長 宮原伸二

今回のワークショップは 22 年度 4 回目ですが、このワークショップは昨年から行っています。通算では 7 回目になります。1 回目の「垣根を乗り越えよう」から始まり「ICF」や「本音を知る」などを学び、さらにシートの検証なども行ってきました。

今回のワークショップは、先行パスとして実際にパスを活用している香川県シームレス研究会の中心メンバーとしてお仕事をなさってきた大原先生に基調講演をしていただき、また 2 つの事例から、これからのシートの普及、さらに課題などについてグループワークを行いたいと思います。

基調講演

在宅・施設と医療機関を結ぶ地域連携パス
～香川シームレスケア研究会の活動を中心に～

香川県・綾川町国民健康保険陶病院
香川県介護支援専門員協議会会長 大原昌樹

座長 岡山プライマリ・ケア学会会長 福岡英明



香川シームレスケア研究会は、香川県の西半分、中讃・西讃の二つの医療圏を対象に、「情報の共有化と連携」「患者・家族が安心できる連携体制の確立」を目的に、平成 17 年 11 月に始められた。1～2 ヶ月に 1 回（通算 37 回）定期的な研究会、年 1 回特別講演会を開催しており、毎回 30 施設、100 名を超える参加者がある。地域連携パスは、平成 18 年から脳卒中、大腿骨骨折、嚥下障害・NST の 3 つの運用を行っており、その成果を報告する。

また、当初から在宅、施設との連携を模索していたが、平成 19 年 1 月に在宅グループを立ち上げた。医師、歯科医師、保健師、看護師、MSW、介護支援専門員など多職種多機関のメンバーが参加し、医療機関と在宅・施設との連携について考えている。まず、平成 20 年に居宅介護支援事業所と医療機関を結ぶ在宅版地域連携パスを作成し運用を開始した。今回、それをより使いやすいものにするために、また、施設との連携を含めたシートを作成するため、香川県介護支援専門員協議会、香川県歯科医師会と香川シームレスケア研究会のメンバーを中心に合同研修会を平成 22 年 3 月に開催、グループワークを通して必要な項目を整理した。その後、香川県老人保健施設協議会のメンバーも加わり、月数回集まって

シートを完成させた。

改訂したシートは、在宅→医療機関、施設の「介護・医療連携シート」、医療機関→在宅、施設→医療機関、在宅への「介護・医療連携シート」となっている。また、従来からある介護支援専門員の業務軽減のための「在宅モニタリング用紙」の改訂や地域連携パスの第3段階医療機関（診療所または200床未満の病院）用の地域連携診療計画退院時指導（Ⅱ）報告書も作成した。Excelで作成されたシートとともに、事例集・記載マニュアルを作成し、県内事業所に配布した。

課題としては、在宅・施設は、事業所数が多く、啓発・普及の取り組みが必要と考えており、香川県老人保健施設協議会、香川県介護支援専門員協議会、香川県歯科医師会を始め関係団体に協力をお願いしている。また、行政（県、保健所、地域包括支援センターなど）の支援や診療報酬・介護報酬での後押しも今後も期待したい。

在宅・施設間との地域連携シートは、病院間地域連携パスとの大きな違いは、全疾患を対象としている点である。特に、医療機関側での必要性の共通理解、作成・伝達方法の体制整備が必要であると考えられる。

今後の高齢社会において、医療と介護の連携強化は必須である。様々な課題はあるが、これらのシートを手段として、医療機関と在宅・施設、医療と介護の連携が進み、担当者同士が顔の見える関係を構築することを期待している。それが、ひいては患者・家族の安心につながるものと確信している。

活動報告

1 もも脳ネット地域連携パス 在宅版

ケアプランサービスほのぼの 丸田康代

平成18年4月、入院期間の短縮・医療の質の向上を図るために診療報酬で「大腿骨連携パス加算」が認められ、平成20年には脳卒中連携パスも加わり、岡山県南東部圏域でも「ももネット」に脳卒中を加えて「もも脳ネット」となりました。これらの地域連携パスは、急性期から回りハ病院へ転院する時に統一した情報提供書式を使用します。地域連携パス書式は、診療報酬が算定されるための『オーバービューパス』と、各病院間で診療情報を入力する『情報提供書』から成り立っています。書式の統一は各病院間での評価ツールや用語の統一にもつながりました。平成22年4月には維持期の加算が追加され、200床未満の病院への転院や自宅退院でかかりつけ医が主治医になる場合は、患者本人が保管する『脳の連携ファイル』の中のオーバービューパスをコピーして急性期病院へ郵送することで診療報酬を算定できるようになりました。

① 在宅版シートについて

平成21年5月に、もも脳ネットに在宅版シート作成部会が作られました。在宅では利用者の支援を行うために維持期病院（主治医）と連携を取るべき介護支援専門員が利用者のデータを管理しているということで、在宅版シートの管理については介護支援専門員が

行うことになりました。会議では、介護支援専門員に対する意見として

- ・主治医と連携が取れていない（FAX 等で意見を聞くことがほとんどで、面談が少ない）
- ・出来上がったプランのみを持ってくることが多い
- ・利用者の意見（デマンド）に沿ったプランが多い
- ・情報収集ができていてもニーズがわかっていない

等の厳しいご意見をいただきました。

また在宅版シートの作成については、

- ・在宅では様々な疾患のために支援が必要なケースが多いので疾患を限定せずに作成する
- ・生活情報や、本人・家族の希望や想いを明らかにできるようなものが望ましい

という意見があり、それらを取り入れて、左半分には情報・右半分には情報から導き出されるニーズ一覧が記載されたシートになりました。記入時間も短時間で可能なように情報としては必要最低限となっています。エクセル形式で、マウスで入力し、情報をニーズ一覧へ反映させることも可能となっています。利用者や家族の主訴を入力してデマンドとニーズを客観的に把握できるようになっています。

② 普及と今後の課題

平成22年4月に NPO 介護支援専門員協会で研修会を開催し、ホームページからダウンロードできるようになっていますが、まだ普及率は十分とは言えません。今年3月からは毎月講習会を開催予定です。

課題としては、パソコン入力が苦手な方への講習会が必要なことや、すでに主治医やサービス事業者と連携ができている場合の情報交換としては使用が難しいことなどです。「むすびの和」シートをはじめとして県内には様々な連携パスがあり、それぞれの経験や連携の状況に応じて使用するパスシートを選択することもある必要ではないかと思います。

もも・脳ネット地域連携パス 在宅版 （普及の現状と課題）

平成23年2月11日
ケアプランサービスほのほの
介護支援専門員 丸田康代

もも・脳ネット連携パスのこれまでの動き

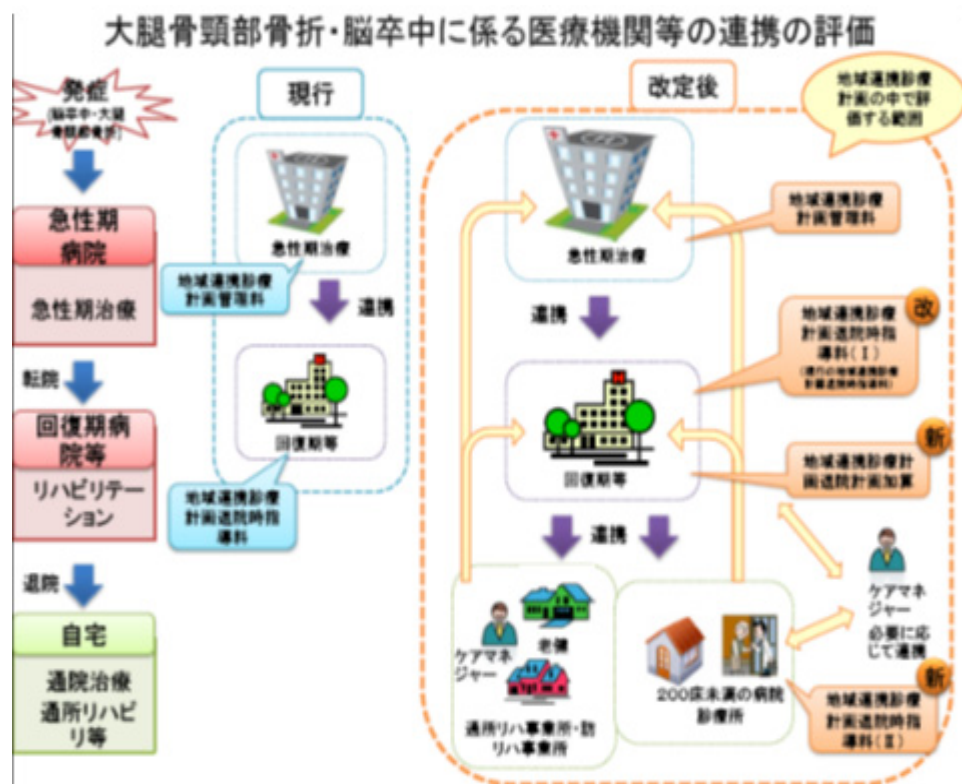
平成18年4月 診療報酬に『大腿骨連携パス加算』が登場

- * 平成18年4月から、岡山県南東部圏域で、大腿骨頸部骨折の地域連携パス利用開始

平成20年4月 診療報酬に脳卒中連携パス加算

- * 平成20年8月から、脳卒中連携パス本格運用開始
- * 平成21年4月から岡山方式の現行方式に

平成22年4月 診療報酬に維持期の加算が追加



The diagram illustrates the payment flow for a patient with a long-term condition (長期療養患者) who is hospitalized in a recovery hospital (回復期病院) and then transferred to a long-term medical care institution (維持期医療機関). The flow is as follows:

- 長期療養患者 (Long-term Medical Care Patient):** The initial payment is $OV(\text{原本}) + In$ (Original Out-of-Pocket + Inpatient). This is represented by a blue arrow labeled "A" with "900点" (900 points).
- 回復期病院 (Recovery Hospital):** The patient is transferred here. The payment is In (Inpatient), represented by a blue arrow labeled "B" with "600点" (600 points).
- 維持期医療機関 (Long-term Medical Care Institution):** The patient is transferred here. The payment is $OV(\text{原本}) + In$ (Original Out-of-Pocket + Inpatient), represented by a blue arrow labeled "C" with "100点" (100 points).
- 長期療養患者 (Long-term Medical Care Patient):** The patient is transferred back. The payment is $OV(\text{原本})$ (Original Out-of-Pocket), represented by a blue arrow labeled "D" with "300点" (300 points).

- 岡山県の脳卒中地域連携診療計画書



病院からの書類一式(例)



退院時に揃える書類一式

- ①カバーレター
- ②オーバービューパス(様式12-2)
- ③岡山式パス【情報パス】の印刷したもの
- ④CD-RW
- ⑤医師の診療情報提供書

もも・脳ネット連携パス 在宅版作成に込めた想い

- * 介護支援専門員の課題となっている主治医との連携を図りやすくする。
→決められた様式のシートを利用することで主治医訪問のきっかけづくりに
- * 介護支援専門員の経験や職種にかかわらず使用しやすいものを
→情報は最低限にしてニーズの抽出をすること
に主眼を置いている。

- ・回復期から在宅に、あるいは、急性期から在宅に戻る場合のケアプラン作成のための基本台帳とする。
- ・急性期⇒回復期の連携パスの情報を取り込みつつ、多職種の基本情報のエッセンスを盛り込み、そこからデマンドとニーズを客観的に評価できるようにする。
- ・病院への再入院の際に病院に提供する情報のまとめ用紙も用意する。
- ・疾患を問わず、あらゆる疾患のケースに適用できるようにする。
- ・岡山県のケアマネが共通して使用できるようなフォームに。

[illegible]

[illegible]

情報

- ・連携パス共有の基本情報 黒
- ・医療情報 緑
 - ・ADL情報 青
 - ・IADL情報 青緑
 - ・家屋環境 茶
 - ・家族、社会環境 紫
 - ・介護保険情報 オレンジ

・医療情報 縁

・ADL情報 青

・IADL情報 青緑

• 家屋環境 茶

• 家族、社会環境 紫

・介護保険情報 オレンジ

- ・必要な情報は最低限に
- ・運動機能やADLは共有できる情報として
- ・本人・家族の想いを大事にする

- ・運動機能やADLは共有できる情報として

・本人・家族の想、大
事にする

すべて記入しなくてもいいんです！！

医療連携		☐ 医師		☐ 歯科医師		☐ 歯科衛生士		☐ 薬剤師		☐ 管理栄養士		☐ 看護職員	
主治医								他の医師					
麻痺・運動能力		寝たきり度		認知症自立度		BPSD							
		高次脳機能障害				嚥下障害							
右		左	口顔面歪・機能・検査		感染症		身長		体重				
		栄養状態・摂食											
医療処置必要度		☐ 点滴 (☐ TPN ☐ リバ [®] -N [®])		☐ 透析		☐ ストーマ		☐ 酸素療法		☐ 気管切開			
		☐ レビ [®] -レ [®]		☐ 吸引		☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 経口)		☐ 疼痛の管理		☐ インスリン			
		☐ 褥瘡処置		☐ 流涎		☐ 排便		☐ H ² レ [®] -レ [®]		☐ 糖尿		☐ その他の病 [®] -レ [®]	

- * 医療連携・・・居宅療養管理指導を行っている場合
- * 主治医・・・基本的には介護保険主治医意見書を記入する医師
(特定疾患など特例あり) 歯科医師もできるだけ記入を
- * 麻痺・運動能力・・・0－全く動かず
1－わずかに動かす
2－上肢は胸・腹まで、下肢は膝関節での屈曲・伸展可
3－拳上可、保持不可
4－拳上可、保持可
5－正常
- * 医療処置必要度・・・現在行っている医療処置についてチェックする

* 主治医・・・基本的には介護保険主治医意見書を記入する医師
(特定疾患など特例あり) 歯科医師もできるだけ記入を

(特定疾患など特例あり) 歯科医師もできるだけ記入を

* 麻痺・運動能力・・・0—全く動かす

1-わずかに動かす

2- 上肢は胸・腹まで、下肢は膝関節での屈曲・伸展可

3-拳上可、保持不可

4—拳上可、保持可

5-止窩

* 医療処置必要度…現在行っている医療処置についてチェックする

- ・主訴は本人と家族それぞれに記入
- ・情報入力後に必要と思われる項目にチェックを入れる
- ・各項目下は詳細や特記事項を記入
- ・その後主治医へ相談し、主治医が追加するニーズがあればチェックしてもらっても

多職種協働でそれぞれの立場から意見が確認できるようになれば、生活の質の向上につながる

主 訴			
本人			
家族			
	ニーズ一覧	医師	介護士
1	健康状態	☐	☐
2	AOL	☐	☐
3	ADL	☐	☐
4	食事摂取	☐	☐
5	口腔衛生	☐	☐
6	睡眠・健康	☐	☐
7	看護・医療の知識	☐	☐
8	理解力・判断力	☐	☐
9	コミュニケーション能力	☐	☐
10	行動能力（認知）	☐	☐
11	うつと不安	☐	☐
12	社会との関わり	☐	☐
13	介護力	☐	☐
14	居住環境	☐	☐
15	特別な状況	☐	☐
現在 利用中のサービス（医療・介護・その他）			
種類	頻度	種類	頻度
【特記事項】			

入院時には以前との比較ができるように、同じ内容を並べています。

入院時の情報はケアマネが記入するとは限りません。

すべて記入しなくてもいいんです！！

アセスメント施行		Vn 05003312		記入者	
氏名	性別	生年月日	年齢	在宅療養要との	記入（平成）年 月 日 記入者
新病名（1）				在宅療養日 平成 年 月 日 在宅終了日 平成 年 月 日	
新病名（2）				入院理由	
新病名（3）				経過観察	
新病名（4）				経過観察	
新病名（5）				経過観察	
新病名（6）				経過観察	
新病名（7）				経過観察	
新病名（8）				経過観察	
新病名（9）				経過観察	
新病名（10）				経過観察	
新病名（11）				経過観察	
新病名（12）				経過観察	
新病名（13）				経過観察	
新病名（14）				経過観察	
新病名（15）				経過観察	
新病名（16）				経過観察	
新病名（17）				経過観察	
新病名（18）				経過観察	
新病名（19）				経過観察	
新病名（20）				経過観察	
新病名（21）				経過観察	
新病名（22）				経過観察	
新病名（23）				経過観察	
新病名（24）				経過観察	
新病名（25）				経過観察	
新病名（26）				経過観察	
新病名（27）				経過観察	
新病名（28）				経過観察	
新病名（29）				経過観察	
新病名（30）				経過観察	
新病名（31）				経過観察	
新病名（32）				経過観察	
新病名（33）				経過観察	
新病名（34）				経過観察	
新病名（35）				経過観察	
新病名（36）				経過観察	
新病名（37）				経過観察	
新病名（38）				経過観察	
新病名（39）				経過観察	
新病名（40）				経過観察	
新病名（41）				経過観察	
新病名（42）				経過観察	
新病名（43）				経過観察	
新病名（44）				経過観察	
新病名（45）				経過観察	
新病名（46）				経過観察	
新病名（47）				経過観察	
新病名（48）				経過観察	
新病名（49）				経過観察	
新病名（50）				経過観察	
新病名（51）				経過観察	
新病名（52）				経過観察	
新病名（53）				経過観察	
新病名（54）				経過観察	
新病名（55）				経過観察	
新病名（56）				経過観察	
新病名（57）				経過観察	
新病名（58）				経過観察	
新病名（59）				経過観察	
新病名（60）				経過観察	
新病名（61）				経過観察	
新病名（62）				経過観察	
新病名（63）				経過観察	
新病名（64）				経過観察	
新病名（65）				経過観察	
新病名（66）				経過観察	
新病名（67）				経過観察	
新病名（68）				経過観察	
新病名（69）				経過観察	
新病名（70）				経過観察	
新病名（71）				経過観察	
新病名（72）				経過観察	
新病名（73）				経過観察	
新病名（74）				経過観察	
新病名（75）				経過観察	
新病名（76）				経過観察	
新病名（77）				経過観察	
新病名（78）				経過観察	
新病名（79）				経過観察	
新病名（80）				経過観察	
新病名（81）				経過観察	
新病名（82）				経過観察	
新病名（83）				経過観察	
新病名（84）				経過観察	
新病名（85）				経過観察	
新病名（86）				経過観察	
新病名（87）				経過観察	
新病名（88）				経過観察	
新病名（89）				経過観察	
新病名（90）				経過観察	
新病名（91）				経過観察	
新病名（92）				経過観察	
新病名（93）				経過観察	
新病名（94）				経過観察	
新病名（95）				経過観察	
新病名（96）				経過観察	
新病名（97）				経過観察	
新病名（98）				経過観察	
新病名（99）				経過観察	
新病名（100）				経過観察	

もも・脳ネット連携パス在宅版の普及について

- * 平成22年4月 NPOケアマネ協会で会員ケアマネ対象に研修会開催(一般会員への披露)
- * 平成22年12月 備前保健所主催の地域ケアマネ等対象の研修会開催
- * 平成23年3月～ 岡山市内各福祉事務所圏域で毎月講習会を開催予定

連携パスは病院⇄維持期医師との連携が主体であるが
パスの認知度を高めるためにケアマネジャーが利用していく



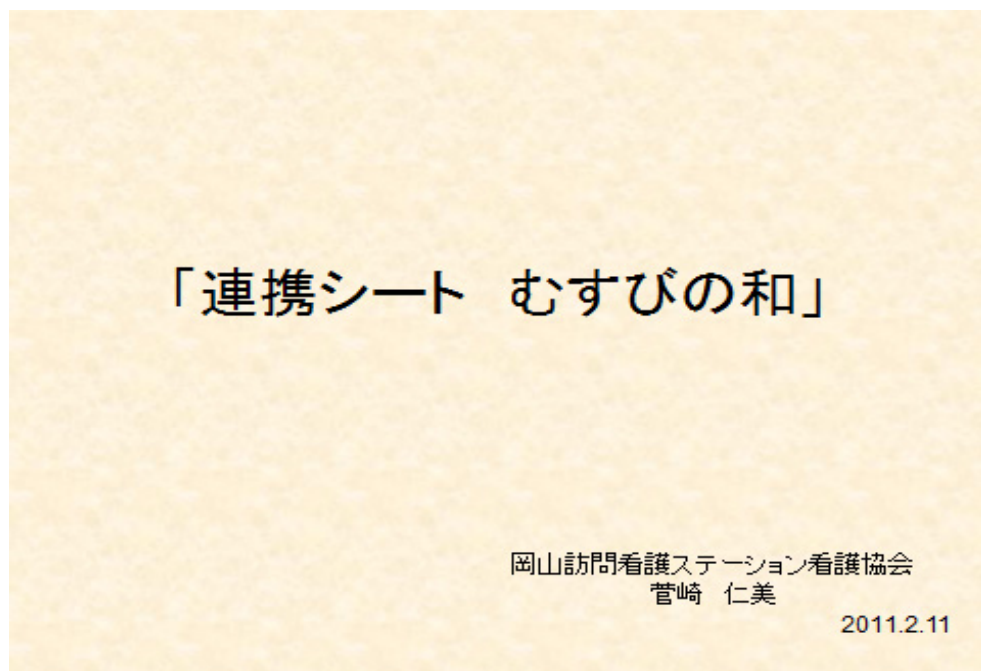
かかりつけ医とケアマネジャーの連携も今までより図りやすくなるのが狙い

今後に向けての課題など・・・

- * 岡山県内で、様々な形式の連携パスが作成されており、利用するケアマネが自分に合った形式を利用することが望ましいと考える。
- * もも、脳ネットパス在宅版は使用して意見交換会の開催予定であり、内容が修正される可能性もある。
- * マクロ入力は簡単であるが、内容が限定されるため、どの程度認知・普及するのも課題の一つ。
- * 多職種が必要とする情報が少ないため、今後改訂の時には考慮されるかも・・・
- * 来年の医療、介護報酬の同時改訂で連携パス加算がどのようになるかで今後の動きにも変化があるかも？

2 連携シート むすびの和（地域連携パス岡山）

岡山訪問看護ステーション看護協会 菅崎仁美



82歳 女性 一人暮らし 要介護1 数日前に持病のヘルニアが悪化しADLが低下してしまう（H23.2.10）				
		現 状		目 標
		頑張れば自分ができる	生活の中でしている	
活 動	屋外活動	☑近所へは一人で出掛けられる	☑通院・移送は介助で	歩行器使用し近所のスーパーへ買い物へ行ける
	室内移動	☑	☑杖・周囲につかまって	腰痛の悪化を繰り返さず安定して移動できるようになる
	食事	☑	☑手元にあれば自分で	自分で食事の準備ができる
	排泄	☑トイレで排泄	☑Pトイレ移乗で自立	トイレで排泄できる
	トイレへの移動	☑	☑日中は時々移動する	
	入浴	☑介助があれば入浴	☑清拭	一人で自宅のお風呂に入れる
	更衣・整容	☑	☑	
参 加	状況（社会参加：家庭の役割を含む）	自宅外へ一人で出られないため参加できない		カラオケ等仲間の集まりに参加できる。

関連者の意見

記入時:腰痛が出現しADLの低下が見られ日常生活に支障が起きた

主治医 M氏	記載日:平成23年2月10日 腰痛の原因はヘルニアから。鎮痛効果のあるトリガー注射を使用しながら動けるようにする。他の病気は安定している。昨年から繰り返しているため、動き方を身に着け身体を捻転する動作はさけてほしい。血圧の変動に注意する。
訪問看護 T氏	記載日:平成23年2月10日 自分でやりたい気持ちが先走りつい無理をおすところがある。 内服薬が多くあるが自己管理はできている。トイレ移動ができなく、排便困難がある為調整が必要。動き方の確認をし、悪化を繰り返さないようにしていく。腰痛の様子を観察し無理をしないよう抑止して欲しい。
訪問介護 O氏	記載日:平成23年2月10日 起床時の動き出しが大変そうなので朝の援助が必要。掃除、洗濯の支援も必要。朝食が遅いため昼食は軽食のみ摂る。毎日サービスに入るので、状況変化を発信したい。動き方などの助言をもらいたい。
通所介護 P氏	身体を休めながらの利用にする。生活上の必要な動作の仕方を指導していく。日常生活上の動き方などの情報交換をしながらリハビリをすすめていきたい。

福祉用具 S氏	記載日:平成23年2月10日 腰痛の程度やADLの状況に合わせた歩行器、ベッドの使用ができている。歩行器も今のものが安定している。状態に応じて対応するので状況の連絡をして欲しい。
家族・ 介護者 H氏	記載日:平成23年2月10日 仕事があり介護はできないが、夕食の世話や買い物などできることはしたい。協力できることがあれば知らせて欲しい。
ケアマネ ジャ K氏	記載日:平成23年2月10日 腰痛の悪化がなければ楽しみを持った生活ができていた。腰痛が悪化しADLの低下を繰り返すことで日常の生活のレベルが徐々に低下してきている。腰の負担が軽減でき、治療やリハビリで元の生活ができるようにし、繰り返さないように予防的な援助もしていきたい。 一人の生活のため、無理をしていないか、負担がかかっていないか、情報交換をしながら、状況に合わせたサービスの調整をしていきたい。

「連携シート むすびの和」の活用について

- フェースシートとして
- アセスメント・全体像の把握、カンファレンスの材料として
- 目標の共有として
- それぞれの職種の役割確認(ケア内容の充実を図るもの)として
- 医療と福祉の横の連携、病院・施設等と地域の縦の連携の情報共有として

利用者の自立支援のための
スムーズな連携のための情報共有
のために

ワークショップ(4 グループ)

「地域連携パスの普及・活動・課題」



第1グループ

- ・歯科のほうでも、QOLの向上を目指し、多職種と連携していきたい。
- ・医療・介護・福祉・行政・地域と連携してやっていきたい。
- ・在宅の介護力がどの程度あるかが重要。
- ・病院内での看護師へも、在宅を見越した教育・指導が必要。
- ・医師の立場で医療情報をきちんと発信。
- ・ICFの立場で生活を念頭において情報発信することが大切であることがわかった。
- ・将来、CD化やIT通信を活用して、より使いやすいツールになってほしい。
- ・病院間の連携、退院時などはもも脳ネットのパスが使いやすい、また維持期やかかりつけ医、多職種との連携にはむすびの和シートが使いやすいのでは、と思う。
- ・それぞれのパスの特徴がわかってよかった。(賀来)

第2グループ

- ・薬剤師として患者さんと医療機関とのつなぎの役割をしているが医療機関からの情報が少なく、患者さんの悩みにどのようにしたらよいか対応に苦慮することがある。介護保険ではサービス担当者会議には参加しているが、基本情報も提示されない場合もあり、できる限りの対応をしているが連携は模索の状態である。
- ・歯科医師の立場からは口腔ケアにもっと視点を置き、「口から食べること」による効果を他の職種の方にも理解してもらえるような連携をしていきたい。
- ・香川のパスともも脳ネットのパスと結びの和のパスとそれぞれあり、他にも地域連携パスシートがあるが、どれを優先していけばよいか利用する側も迷うし、どのような運用が良いかをこれから考えていかなければならない。
- ・むすびの和のシートはフェイスシートとしては利用できないか(→ADLの記載が足りない)。また、連携のそれぞれの記載シートをサービス担当者会議の議事録にも利用できるようにできれば活用もしやすいのではないかな。
- ・居宅介護支援のケアマネの立場では今、建部では建部のシートの普及に取り組んでいるが、まだ浸透していない。
- ・地域包括の地域ケアシステム構築とネットワークづくりの立場から言うと、医療言語は地域の方には理解しがたい。より誰でもがわかる連携シートが必要で、その点ではむすびの和のシートがわかりやすく、本人や家族の希望や力も反映されていてよいと思う。(黒住)

第3グループ

活動報告についての感想として、「使用する側からすれば、いろいろな連携パスがあるよりも統一してもらいたい」「どちらもそれぞれの特色があるので、それらを取り入れればいい」「フェイスシートが詳細なのはわかりやすい」「ICFの視点で目標設定するためには研修を受け、記入に慣れることが必要」などの意見が出ました。

在宅では、生活情報に着目して利用者を理解・支援するために多職種共働することが必要不可欠であり、連携パスを医師とケアマネジャー等とのいい橋渡しをするためのツールとして捉え、今後の課題は「どうやって普及させていくか」と考えます。(丸田)

第4グループ

- ・介護と医療の連携が重要。主治医に情報を届ける顔の見える関係作りが大切。
- ・いろいろなシートがあり、様式も大切だが、お互いに情報交換できる関係作りが大切。
- ・医療と介護が同じ目的をもって、利用者の意欲をいかに引き出していくか。
- ・活動をあげることで、日常生活を活発にして QOL の向上を目指していくことが重要。
- ・そのためには、医療だけでは及ばない介護の力が必要。そういう意味において連携をとっていくには、「むすびの和」シートが使いやすいと思う。(賀来)

閉会の挨拶

岡山プライマリ・ケア学会副会長 堀部徹

本日は大変ご苦労さまでした。香川の先行事例を詳細にご報告していただきました。よいとこ取りをして、よりよいパスシートを作成して、普及を図りたいと思います。ご参加の皆様におかれましてはご苦労さまでした。これからもよろしくお願いいたします。

「地域連携パス岡山」研修会（ワークショップ）アンケート集計

(2011 年 2 月 11 日 実施)

研修会テーマ：「地域連携パスの普及・活用・課題」

日時・場所：2011 年 2 月 11 日（金・祝）13：30～16：00 於 三光荘 アトリウムホール

講師：「在宅・施設と医療機関を結ぶ地域連携パス」

～香川シームレスケア研究会の活動を中心に～

香川県 菱川町国民健康保険陶病院長 大原昌樹 ほか

研修方法：講演とワークショップ

参加者数：27 人 回収数 23、回収率 85%

1 本日の研修会の内容全般について、ご満足いただけましたか（4 択）

満足 22 (95.6%)、やや満足 0、やや不満足 0、不満足 0

2 この研修会に参加して、どのような点が良かったですか（複数回答可）

役立つ情報が得られた 12 (52.1%)

日頃の活動に役立った 6 (26.0%)

スキルアップにつながった 5 (21.7%)

他の参加者との交流・情報交換が図られた 15 (65.2%)

抱えていた問題・不安の解消につながった 3 (13.0%)

その他、良かった点を具体的に教えてください。→ 3 の下にまとめた。(書かれた通り)

3 今後、このような研修会を実施する際には、参加したいと思いますか（4択）

ぜひ参加したい 13（56.5%）

どちらかといえば参加したい 9（39.1%）

あまり参加したくない 0

参加したくない 0

2の具体的な内容

- 先行パス、連携シートの使い分けが分かった。多職種連携が図られるようになると思う。
- 当事業所のケアマネジャにも声かけして参加したいと思った。
- ケアマネジャを今は離れていますが、連携パスの普及がどんどん進んでいることを知りました。
- 香川シームレス研究会の活動状況がよく分かった。
- 他の連携パスシートの情報が得られ、参考になった。今後の多職種連携を考える上で、有益な情報が得られた。

◆その他の意見

- グループワークでなぜこのようなものが出来たのかと話をもとに戻された。

本事業は独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業による